第６号様式（第３条関係）

特別栄養管理給食施設該当届出書

年　　月　　日

（宛先）茅ヶ崎市保健所長

住所
届出者　氏名
電話番号

特定給食施設が健康増進法施行規則第７条各号に掲げる施設に該当することとなったので、次のとおり届け出ます。

給食施設の名称						
給食施設の所在地						
給食施設の電話番号						
該当条項等		□ 省令第７条第１号（□ 病院（許可病床数　　）　□ 介護老人保健施設（入所定員　　）） □ 省令第７条第２号（□ 老人福祉施設　□ 児童福祉施設　□ 事業所　□ 寄宿舎　□ その他（　　））				
１日当たり予定給食数	食事区分	朝　食	昼　食	夕　食	その他	合　計
	主食及び副　食	＜　＞	＜　＞	＜　＞	＜　＞	＜　＞
	副食のみ	＜　＞	＜　＞	＜　＞	＜　＞	＜　＞
	その他（　）	＜　＞	＜　＞	＜　＞	＜　＞	＜　＞
	合　計	＜　＞	＜　＞	＜　＞	＜　＞	＜　＞
管理栄養士	給食施設	人	代表管理栄養士　氏名		登録番号	
	受託者	人	代表管理栄養士　氏名		登録番号	
栄養士	給食施設	人	代表栄養士　氏名		登録番号	
	受託者	人	代表栄養士　氏名		登録番号	
担当部署の名称						
担当部署の電話番号						

備考　１　□のある欄は、該当する□にレ印を記入してください。
２　「該当条項等」の欄の省令は、健康増進法施行規則をいいます。
３　「１日当たり予定給食数」の欄の＜　＞内は、給食施設が学校、病院又は福祉施設である場合に、職員に対する給食の数を記入してください。
４　「管理栄養士」及び「栄養士」の「欄は、常勤の管理栄養士及び栄養士に関する事項を記載してください。